

IZABELA GUIMARÃES

**MOTIVOS DE INTERNAÇÃO DOS PACIENTES COM
ARTRITE REUMATÓIDE**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em de
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

IZABELA GUIMARÃES

**MOTIVOS DE INTERNAÇÃO DOS PACIENTES COM
ARTRITE REUMATÓIDE**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em de
Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereira

Orientador: Prof. Dr. Udson Piazza

Co-orientador: Prof. Dr. Ivânio Alves Pereira

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2006

*Dedico esta obra a minha mãe,
Maria Marinês Potóskei,
meu alicerce e exemplo de vida!*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Maria Marinês Potóskei e José Dirceu dos Passos Guimarães, simplesmente por existirem.

Aos pacientes portadores de artrite reumatóide, por serem a razão deste trabalho.

Ao Dr. Udson Piazza pelos ensinamentos, pela orientação, pela tranquilidade que sempre passou e pela amizade.

Ao Dr. Ivânio Alves Pereira, por todas as orientações e correções feitas no trabalho, pela amizade e por ensinar-me a prática da Reumatologia em seu ambulatório.

Ao meu namorado, Solon Casaletti, por todo o amor e toda a ajuda neste trabalho.

Ao meu amigo e dupla de internato, André Basgal, pela companhia em todos os momentos deste trabalho, inclusive nas tardes quentes de pesquisa no empoeirado SAME do HfU.

À Dra. Adriana Fontes Zimmermann, por sua amizade, seu constante interesse no trabalho e ensinamentos sobre Reumatologia em seu ambulatório.

À Dra. Thelma Larocca Skare, pelos bons artigos que escreveu e pelo artigo que me enviou para complementar meu trabalho.

À minha cunhada, Antônia Casaletti, pela tradução do resumo para abstract.

Ao funcionário do SAME, Odilon de Souza, por sempre estar disposto a encontrar os prontuários pedidos.

Ao Dr. Antônio Carlos Marasciúlo, pelo tratamento estatístico deste trabalho.

À minha querida amiga Sinara da Silva Freitas, pela amizade sincera.

RESUMO

Introdução: A artrite reumatóide (AR) é uma doença multi-sistêmica auto-imune que atinge cerca de 1% da população mundial, causando impacto na vida pessoal e profissional desses pacientes. O controle da doença é feito ambulatorialmente, porém, ocorrem hospitalizações pelos mais diversos motivos, entre eles a atividade da AR e co-morbidades.

Objetivos: Analisar os motivos de internação hospitalar dos pacientes portadores de AR, as principais co-morbidades associadas, o tratamento utilizado e a evolução do quadro clínico.

Métodos: Realizou-se um estudo observacional, descritivo e transversal, sendo analisadas as informações contidas nos prontuários dos pacientes portadores de AR, obtidos nos registros do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, entre janeiro de 1981 a dezembro de 2004, e analisados comparativamente nos períodos de 1981-88, 1989-96 e 1997-2004.

Resultados: Foram encontradas 147 internações de 89 pacientes com AR. A atividade da doença foi responsável por 85,7%, 58,6% e 43,2% das internações hospitalares nos três períodos e pneumonia por 4,8%, 10,0% e 10,8%, respectivamente. As co-morbidades mais freqüentes foram hipertensão com 9,5%, 29,0% e 22,0%, e diabetes com 0%, 14,7% e 15,0% nos períodos analisados. Os corticosteróides foram usados em 27,6% das internações, os AINH em 25,5%, e o metotrexate em 14,4%. Em 61,0% das internações houve melhora do quadro clínico.

Conclusões: A freqüência das internações hospitalares, as múltiplas internações no mesmo paciente, o tempo de internação prolongado e o alto número de infecções demonstram que apesar dos avanços atuais na terapêutica da AR, a doença permanece grave em um número significativo de portadores.

ABSTRACT

Introduction: Rheumatoid Arthritis (RA) is a systemic autoimmune pathology that affects around 1% of worldwide population, causing a high degree of working incapacity and quality. The disease control is clinically done, nevertheless hospitalization occurred for many different reasons for espetrum of situations, including disease activit and associated diseases.

Objectives: To analyze hospitalization main causes of RA patients, and the most common associated diseases and verifying the treatment and the course of the clinical findings.

Methods: A observational, descriptive and transversal study were developed and patients with RA had their medical records verificyed, at Federal University of Santa Catarina, from January 1981 to December 2004, and comparatively analysed during 1981-1988, 1989-1996 and 1997-2004.

Results: We found 89 hospitalized patients, of those 147 hospitalizations occured. The disease activity was responsible for 85,7%, 58,6% and 43,2% of hospitalization in the three periods analysed, whereas pneumonia for 4,8%, 10,0% and 10,8% respectively. The associated diseases more frequent were hypertension 9,5%, 29,0% and 22,0%, diabetes 0%, 14,7% and 15,0% in the three periods. The use of glucocorticoids were find in 27,6% of hospitalized patients, AINH in 25,5% and methotrexate in 14,4%. In 61,0% of hospitalizations were observed an improve of the clinical event.

Conclusion: The frequency of hospitalizations, the frequently hospitalizations of the same patient, long stay in the hospital and the high number of infections show that in spite of the enhance of the knowledge about the therapy of RA, the disease remains severe in a significantly number of patients affected.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de hospitalizações por paciente.....	15
Tabela 2: Comparação entre idade e sexo dos pacientes hospitalizados.....	16
Tabela 3: Procedência dos pacientes com relação às cidades.....	16
Tabela 4: Duração das internações nos três períodos analisados.....	17
Tabela 5: Diagnóstico de artrite reumatóide prévio à internação.....	17
Tabela 6: Tempo de diagnóstico de artrite reumatóide nos pacientes hospitalizados.....	17
Tabela 7: Internações por AR segundo a classe funcional do paciente definida pelo <i>American College of Rheumatology</i>	18
Tabela 8: Comparação entre duração da internação e classe funcional da artrite reumatóide.....	18
Tabela 9: Tratamento com medicação anti-reumática no momento da internação.....	19
Tabela 10: Medicações utilizadas pelos pacientes no momento da internação.....	19
Tabela 11: Número de medicações utilizadas pelos pacientes no momento da admissão hospitalar.....	20
Tabela 12: Motivos que levaram os pacientes à internação.....	21
Tabela 13: Co-morbidades apresentadas pelos pacientes com artrite reumatóide.....	22
Tabela 14: Medicções anti-reumáticas utilizadas durante a internação.....	23
Tabela 15: Número de medicações utilizadas pelos pacientes durante a internação.....	23
Tabela 16: Evolução do quadro clínico do paciente hospitalizado.....	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR	<i>American College of Rheumatology</i>
AR	Artrite reumatóide
AINH	Antiinflamatório não hormonal
CID	Código Internacional de Doenças
DM	Diabetes melitos
DMARD's	Drogas anti-reumáticas modificadoras do curso da doença
FR	Fator reumatóide
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HU	Hospital Universitário
IRA	Insuficiência renal aguda
MTX	Metotrexate
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE TABELAS	vii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	viii
SUMÁRIO	ix
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVO	3
3 MÉTODO	4
3.1 Desenho	4
3.2 Local	4
3.3 Amostra	4
3.4 Procedimentos	4
3.5 Análise Estatística	5
3.6 Aspectos Éticos	5
4 RESULTADOS	6
5 DISCUSSÃO	16
6 CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
NORMAS ADOTADAS	28
ANEXOS	29
APÊNDICE	31

1 INTRODUÇÃO

A artrite reumatóide (AR) é uma doença multi-sistêmica auto-imune, cuja característica principal é uma inflamação articular persistente que resulta em danos articulares e perda de função,¹ causando um considerável impacto na vida dos pacientes, suas famílias e uma perda para sociedade.² A prevalência mundial estimada é de cerca de 0,5% a 1% da população,¹⁻³ e aumenta com a idade. As mulheres são afetadas duas a quatro vezes mais freqüentemente que os homens.

Há pouca bibliografia brasileira relacionada ao assunto, as que existem revelam uma prevalência de 0,4% de pessoas com AR.⁴ Um estudo epidemiológico comparativo de vários países revelou uma prevalência no Brasil de 0,6%.⁵

A principal característica da doença é uma artrite poliarticular simétrica que afeta mãos, punhos e pés, mas que pode envolver qualquer articulação sinovial. Pode, ainda, ter envolvimento sistêmico que causa sintomas constitucionais como perda de peso, febre, nódulos reumatóides, serosites e vasculites. A severidade da doença é bastante variável ao longo do tempo. Alguns pacientes evoluem com uma doença oligoarticular leve de curta duração, enquanto outros sofrem de poliartrite progressiva inexorável, com comprometimento funcional importante.⁵⁻⁷

A hospitalização constitui uma ferramenta básica para o manejo de pacientes de qualquer especialidade e está reservada habitualmente para pacientes com enfermidades graves ou de difícil manejo.³ Entretanto, mesmo sendo a AR uma doença de controle essencialmente ambulatorial, continua predominando em número de internações sobre outras condições reumatológicas.⁸

Estudos mostram que as taxas de hospitalização por manifestações severas da AR (instabilidade da coluna cervical com mielopatia, artrite de joelho que requer artroplastia, síndrome de Felty que requer esplenectomia e vasculite reumatóide), diminuíram desde a década de 80, devido a estratégias de tratamento com drogas anti-reumáticas modificadoras do curso da doença (DMARD's), como metotrexate (MTX), cloroquina, sulfassalazina, ciclosporina, azatioprina, entre outras.⁸⁻¹⁰ Atualmente, com o advento das medicações

biológicas, associadas ou não com as DMARD's, tem-se conseguido um controle mais efetivo da atividade da AR, com períodos de remissão prolongados.

Pineda *et al.*¹¹ evidenciaram que a mais importante causa de admissão dos pacientes com AR foi atividade da doença (60%), seguida de cirurgia (18%) e infecção (10%). Já Fries *et al.*¹¹ relataram que a principal causa de internação e morte é a gastropatia associada a anti-inflamatórios não-hormonais (AINH). Outros motivos para as hospitalizações dos pacientes com AR incluem as co-morbidades associadas, como doença cardiovascular, doença pulmonar crônica, diabetes melito (DM) e doença renal.⁸

Por ser uma doença de progressão lenta e com clínica similar a outras doenças articulares, o diagnóstico pode inicialmente ser confundido,¹³ gerando um maior número de registros hospitalares com diagnóstico equivocado.

Estudos evidenciam que as taxas de mortalidade dos pacientes com AR vem sofrendo aumento considerável desde a década de 50 devido a infecções, principalmente pulmonares, gastropatias, como hemorragia digestiva e úlcera péptica perfurada, doenças linfoproliferativas malignas, doenças renais e a própria AR em si.^{14,15}

Assim, estudando-se os aspectos das hospitalizações dos pacientes com AR, que incluam número de admissões, duração da internação, motivos das admissões e evolução, permite-se otimizar o trabalho médico,² objetivando, assim, implementar medidas de controle ambulatorial que possam reduzir a necessidade de futuras internações desses pacientes.

2 OBJETIVO

Analisar os motivos de internação dos pacientes internados com diagnósticos de AR no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no período de janeiro de 1981 a dezembro de 2004, avaliando as diferentes causas entre os períodos, as principais co-morbidades associadas, bem como o tratamento utilizado durante a hospitalização e a evolução do quadro clínico.

3 MÉTODO

3.1 Desenho

Realizou-se um estudo observacional, descritivo e transversal através das informações obtidas nos registros dos prontuários médicos dos pacientes hospitalizados portadores de AR.

3.2 Local

Os dados foram coletados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de março a agosto de dois mil e cinco.

3.3 Amostra

Foram selecionados os prontuários médicos dos pacientes portadores do diagnóstico de AR conforme o Código Internacional de Doenças^{16,17} da alta hospitalar (CID-9: 714.0 - Artrite reumatóide; CID-10: M05 - Artrite reumatóide soro-positiva, e M06.9 - Artrite reumatóide não especificada), obtido nos registros do HU, no período relativo a janeiro de 1981 a dezembro de 2004, sendo analisados, comparativamente, os períodos de compreendidos entre 1981-1988, 1989-1996 e 1997-2004.

Foram incluídos todos os pacientes que tiveram uma internação em que conste o diagnóstico de AR como principal ou secundário, e todas as suas hospitalizações posteriores, no período compreendido entre janeiro de 1981 a dezembro de dois mil e quatro.

Foram excluídas as internações de pacientes menores de 18 anos, assim como os prontuários em que o diagnóstico de AR era duvidoso.

3.4 Procedimentos

A coleta de dados foi realizada no SAME do HU, pelo próprio pesquisador, analisando os prontuários dos pacientes que ficaram internados na instituição.

Os dados coletados na amostra foram transcritos para um protocolo pré-estabelecido (**apêndice**), no qual constavam as seguintes variáveis:

- Idade dos pacientes
- Sexo
- Procedência
- Escolaridade
- Duração da internação
- Diagnóstico de AR prévio à internação
- Tempo de diagnóstico da AR
- Classe funcional segundo critérios revisados de 1991 do *American College of Rheumatology*¹⁸ (**Anexo II**)
- Medicação anti-reumática usada no momento da admissão
- Manifestações da doença
- Motivo da internação
- Diagnóstico da alta
- Presença de co-morbidades e quais
- Complicações durante a internação
- Níveis laboratoriais de velocidade de hemossedimentação (VHS), Proteína C Reativa e fator reumatóide (FR)
- Medicação anti-reumática utilizada durante a internação
- Evolução

3.5 Análise Estatística

Os dados encontrados foram armazenados no programa Epidata 2.0[®], e analisados nos softwares Excel 2000[®] e EPI-Info 6.04b[®].

3.6 Aspectos Éticos

O projeto do trabalho foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 186/2005.

4 RESULTADOS

No período que compreende a pesquisa (1º de janeiro de 1981 a 31 de dezembro de 2004), foram encontradas 147 internações de 89 pacientes com diagnóstico de artrite reumatóide. O número de hospitalizações por pacientes variou de um a sete, mas a maioria dos pacientes necessitou apenas de uma ou duas internações (**Tabela 1**).

Tabela 1: Número de hospitalizações por paciente

Número de internações	Número de pacientes	Total de internações
1	56	56
2	18	36
3	11	33
5	3	15
7	1	7
Total	89	147

FONTE: SAME-HU

A idade dos pacientes variou de 19 a 81 anos, com média de 53 anos.

Em relação ao sexo, houve nítido predomínio do sexo feminino, contando com 67,3% das internações (**Figura 1**).

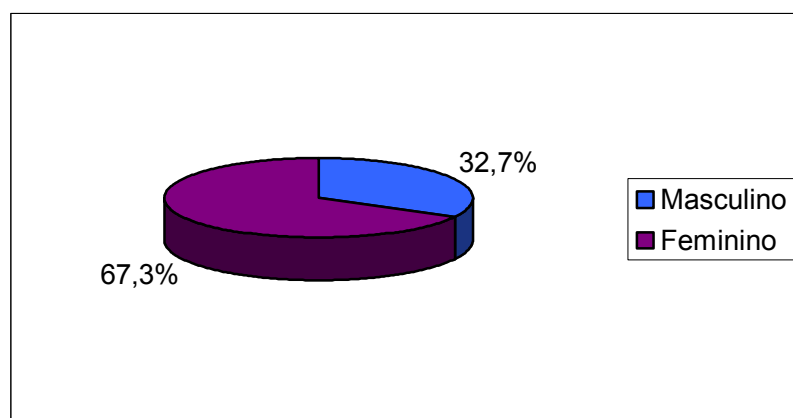


Figura 1: Distribuição das internações segundo o sexo dos pacientes

Comparando-se idade e sexo dos pacientes nas hospitalizações, vê-se que tanto homens quanto mulheres tiveram maior número de internações entre 51 e 70 anos (**Tabela 2**).

Tabela 2: Comparação entre idade e sexo dos pacientes hospitalizados

Idade (anos)	Masculino	Feminino	Total
18-20	1	0	1
21-30	0	17	17
31-40	1	11	12
41-50	7	12	19
51-60	20	28	48
61-70	11	20	31
71-80	7	11	18
>80	1	0	1
Total	48	99	147

FONTE: SAME-HU

Com relação à procedência dos pacientes com AR internados, mais de 70% eram provenientes da região dos municípios da Grande Florianópolis (compreende as cidades de Florianópolis, São José, Palhoça, Baguaçu, Paulo Lopes e Santo Amaro da Imperatriz) (Tabela 3).

Tabela 3: Procedência dos pacientes com relação às cidades

Município de Procedência	Número	Porcentagem (%)
Florianópolis	66	45,0
São José	22	15,0
Palhoça	14	9,5
Ituporanga	3	2,0
Palmitos	3	2,0
Paulo Lopes	3	2,0
Santo Amaro da Imperatriz	3	2,0
Ignorado	1	0,7
Outros	32	21,8
Total	147	100,0

FONTE: SAME-HU

A duração das internações variou de 1 a 134 dias, com média de 18 dias, mediana de 14 dias e moda de 8 dias (Tabela 4).

Quanto à atividade profissional dos pacientes citadas nas hospitalizações, 48,3% foram classificados como sendo trabalhadores do lar, 28,6% estavam aposentados, 19% outras profissões e 4,1% com atividade indefinida.

Tabela 4: Duração das internações nos três períodos analisados

Duração da internação (dias)	1981 – 1988		1989 – 1996		1997 – 2004		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 – 5	2	9,5	5	7,1	11	19,6	18	12,2
6 – 10	6	28,5	22	31,4	12	21,4	40	27,2
11 – 15	1	4,7	10	14,3	12	21,4	23	15,6
16 – 20	5	23,8	10	14,3	11	19,6	26	17,7
21 – 25	3	14,3	7	10,0	3	5,5	13	8,8
> 25	4	19,0	16	22,9	7	12,5	27	18,5
Total	21	100,0	70	100,0	56	100,0	147	100,0

FONTE: SAME-HU

Com relação ao diagnóstico prévio de artrite reumatóide, 84,4% dos pacientes quando admitidos já apresentavam diagnóstico de AR (**Tabela 5**).

Tabela 5: Diagnóstico de artrite reumatóide prévio à internação

Diagnóstico Prévio	Número de Pacientes	Porcentagem (%)
Sim	124	84,3
Não	22	15,0
Indefinido	1	0,7
Total	147	100,0

FONTE: SAME-HU

Quanto ao tempo de diagnóstico prévio da AR, 36,7% tinham AR com diagnóstico entre 1 e 5 anos, e 17,7% tinham o diagnóstico entre 6 e 10 anos (**Tabela 6**).

Tabela 6: Tempo de diagnóstico de artrite reumatóide nos pacientes hospitalizados

Tempo de Diagnóstico (anos)	Número de Hospitalizações	Porcentagem (%)
1 – 5	54	36,7
6 – 10	26	17,7
11 – 15	12	8,2
16 – 20	9	6,1
> 20	6	4,1
Indefinido	18	12,2
Sem diagnóstico	22	15,0
Total	147	100,0

FONTE: SAME-HU

Em relação à classificação funcional definida pelo *American College of Rheumatology*,¹⁸ em 27,2% das hospitalizações os pacientes pertenciam à classe II e 30,6% à classe funcional III (Tabela 7).

Tabela 7: Internações por AR segundo a classe funcional do paciente definida pelo *American College of Rheumatology*¹⁸

Classe Funcional	Número de Hospitalizações	Porcentagem (%)
I	2	1,4
II	40	27,2
III	45	30,6
IV	34	23,1
Indefinida	26	17,7
Total	147	100,0

FONTE: SAME-HU

Comparando-se a duração da internação com a classe funcional da AR, percebe-se que os pacientes classificados como classe I e IV permaneceram de 1 a 10 dias hospitalizados, enquanto que, os classificados funcionalmente como II e III tiveram uma estada hospitalar maior, entre 11 e 20 dias (Tabela 8).

Tabela 8: Comparação entre duração da internação e classe funcional da artrite reumatóide

Duração da Internação (dias)	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV	Classe Indefinida	Total
1 – 10	2	15	13	13	14	57
11 – 20	0	16	19	6	8	49
21 _ 30	0	4	8	6	0	18
31 – 40	0	3	0	3	3	9
41 – 50	0	1	2	3	1	7
> 51	0	1	3	3	0	7
Total	2	40	45	34	26	147

FONTE: SAME-HU

Em quase 70% das hospitalizações os pacientes já utilizavam drogas anti-reumáticas no momento da admissão (**Tabela 9**).

Tabela 9: Tratamento com medicação anti-reumática no momento da admissão

Tratamento no momento da admissão	Número	Porcentagem (%)
Sim	99	67,3
Não	24	16,3
Irregular	6	4,1
Abandono	1	0,7
Indefinido	17	11,6
Total	147	100,0

FONTE: SAME-HU

Em relação à medicação utilizada pelo paciente no momento da internação, os corticosteróides e os AINH predominaram em todos os períodos analisados (**Tabela 10**).

Tabela 10: Medicamentos utilizados pelos pacientes no momento da internação

Medicação no momento da internação	1981 – 1988		1989 – 1996		1997 – 2004	
	n	%	n	%	n	%
Corticosteróide	7	33,4	40	57,1	34	60,7
AINH*	5	23,8	26	37,1	28	50,0
Metotrexate	0	0	21	30,0	24	42,8
Cloroquina	0	0	6	8,6	4	7,1
Azatioprina	0	0	0	0	3	5,3
Sulfassalazina	0	0	0	0	2	3,6
Leflunomida	0	0	0	0	1	1,8
Hidroxicloroquina	0	0	0	0	0	0
Ciclosporina	0	0	0	0	0	0
Outros	0	0	2	2,8	3	5,3

* AINH: Antiinflamatório não-hormonal

FONTE: SAME – HU

No primeiro período a monoterapia era o mais comum entre os pacientes admitidos, tendo um aumento no uso da terapia medicamentosa combinada nos dois períodos mais recentes (**Tabela 11**).

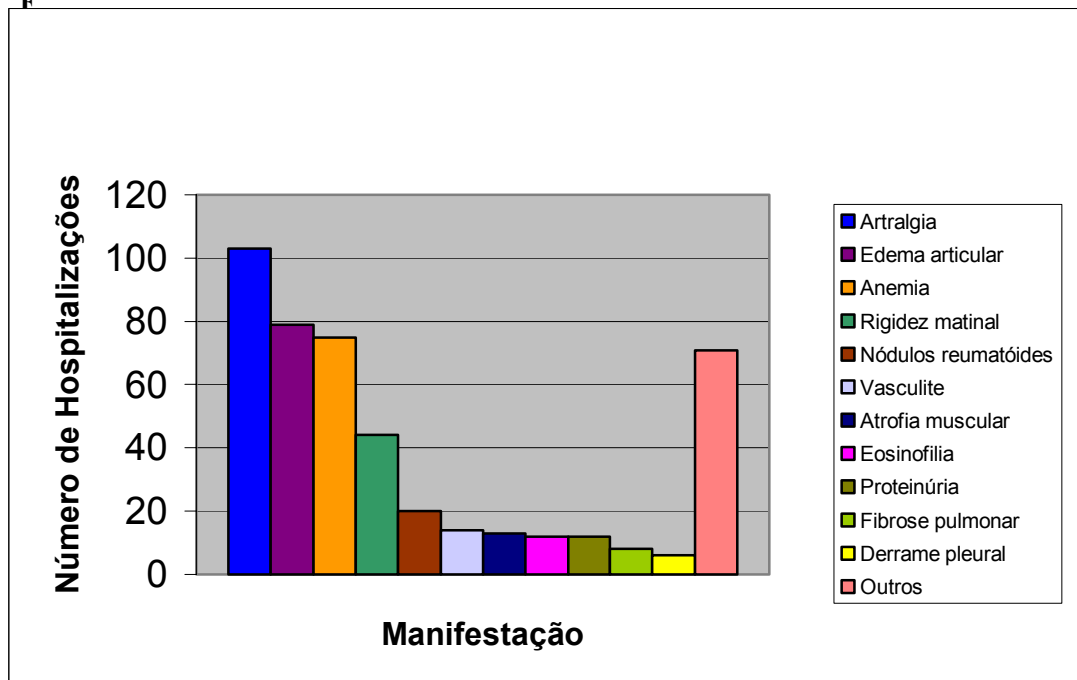
Tabela 11: Número de medicações anti-reumáticas utilizadas pelos pacientes no momento da admissão hospitalar

Número de medicações utilizadas na admissão	1981 - 1988	1989 - 1996	1997 - 2004	Total
1	6	19	13	38
2	3	16	11	30
3	0	13	13	26
4	0	1	5	6
5	0	0	1	1
Nenhuma	12	21	13	46
Total	21	70	56	147

FONTE: SAME-HU

Foram também analisadas as manifestações da AR citadas nos prontuários, predominando como principais manifestações a artralgia em 70,1%, o edema articular em 53,7% e a anemia em 51,0% das hospitalizações. A rigidez matinal, um dos critérios de classificação da AR (**Anexo I**), foi citado em 29,9% das internações (**Figura 2**).

F



da artrite reumatóide presentes durante a internação

Dentre os motivos que levaram os pacientes com AR às hospitalizações a atividade da doença foi a principal causa nos três períodos, representando 85,7%, 58,6% e 43,2% respectivamente. Houve um aumento importante do número de internações por infecção pulmonar no segundo e terceiro períodos e, neste último, também devido a causas gastrointestinais e cardiovasculares (**Tabela 12**).

Tabela 12: Motivos que levaram os pacientes à internação

Motivo da internação	1981 – 1988		1989 – 1996		1997 – 2004	
	n	%	n	%	n	%
Atividade da doença	18	85,7	41	58,6	24	43,2
Pneumonia	1	4,8	7	10,0	6	10,8
Cardiovascular	0	0	5	7,1	5	9,0
Gastrointestinal	0	0	3	4,3	6	10,8
Cirurgia	1	4,8	6	8,6	1	1,8
Outras infecções	0	0	1	1,4	2	3,2
Diabetes melito	0	0	3	4,3	0	0
Neurológica	0	0	1	1,4	0	0
IRA*	0	0	1	1,4	2	3,2
Outros	1	4,8	2	2,9	10	18
Total	21	100,0	70	100,0	56	100,0

* IRA: Insuficiência renal aguda

FONTE: SAME-HU

Quanto aos diagnósticos finais da alta hospitalar, 55,8% foram rotulados como artrite reumatóide, 10,8% como pneumonia, 6,8% como afecções cardiovasculares, 6,3% como infecções (que não a pulmonar), e 20,3% com outros diagnósticos.

A maioria dos pacientes hospitalizados possuíam co-morbidades. No primeiro período o parasitismo intestinal e as vulvovaginites predominaram, enquanto que, nos dois períodos subseqüentes, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o DM foram as co-morbidades mais significativas (**Tabela 13**).

Tabela 13: Co-morbidades apresentadas pelos pacientes com artrite reumatóide

Co-morbidades	1981 – 1988		1989 – 1996		1997 – 2004	
	n	%	n	%	n	%
HAS*	2	9,5	18	25,7	22	39,3
Diabetes melito	0	0	9	12,8	15	26,8
Cardiopatía	0	0	3	4,3	11	19,6
Pneumopatia	2	9,5	1	1,4	9	16,1
Parasitismo intestinal	6	28,5	2	2,8	1	1,8
Neurológicos	1	4,8	3	4,3	7	12,5
Hipotireoidismo	0	0	0	0	3	5,3
Obesidade	1	4,8	3	4,3	4	7,1
Síndrome de Cushing	3	14,3	1	1,4	3	5,3
Osteoporose	0	0	5	7,1	4	7,1
Vulvovaginite	4	19,0	6	8,5	2	3,6
Gastropatia	1	4,8	3	4,3	6	10,7
Hepatopatia	0	0	0	0	1	1,8
Síndrome de Sjögren	0	0	1	1,4	3	5,3
Artroplastia	0	0	0	0	4	7,1
Outros	1	4,8	7	10,0	5	8,9

* HAS: Hipertensão arterial sistêmica

FONTE: SAME-HU

Complicações foram relatadas em 23,8% das hospitalizações. Destas, as mais freqüentes, com 4,1% de ocorrência cada, foram sepse e infecções do trato urinário.

Em 35,3% o FR não foi dosado ou não constava no prontuário, em 19,7% dos casos estava negativo. Quanto à positividade, foi analisado de duas formas: positivo sem análise quantitativa e positivo com análise quantitativa, correspondendo a 21,8% e 23,1% respectivamente, com um total de 44,9% de pacientes com FR positivo.

O tratamento utilizado durante a hospitalização continuou sendo feito principalmente com corticosteróides e AINH nos três períodos, com uso significativo de antibióticos no primeiro e terceiro períodos (33,3% e 33,9%, respectivamente) e do metotrexate nos dois períodos mais recentes - 42,8% e 44,6%, respectivamente (**Tabela 14**).

Tabela 14: Medicações utilizadas durante a internação

Medicações utilizadas na internação	1981 – 1988		1989 – 1996		1997 – 2004	
	n	%	n	%	n	%
Corticosteróide via oral	8	38,1	56	80,0	42	75,0
AINH*	19	90,5	54	77,1	25	44,6
Metotrexate	0	0	30	42,8	25	44,6
Antibiótico	7	33,3	19	27,1	19	33,9
Corticosteróide em pulso	1	4,7	16	22,8	16	28,6
Corticosteróide intra-articular	1	4,7	8	11,4	1	1,8
Cloroquina	0	0	10	14,3	5	8,9
Azatioprina	0	0	5	7,1	2	3,6
Sulfassalazina	0	0	0	0	2	3,6
Leflunomida	0	0	0	0	1	1,8
Hidroxicloroquina	0	0	1	1,4	0	0
Ciclosporina	0	0	0	0	1	1,8
Outros	0	0	6	8,6	4	7,1

* AINH: Antiinflamatório não-hormonal

FONTE: SAME-HU

A terapia combinada com dois ou mais medicamentos anti-reumáticos foi mais utilizada nos dois períodos recentes, enquanto que no primeiro período a monoterapia igualou-se à terapia dupla (**Tabela 15**).

Tabela 15: Número de medicações anti-reumáticas utilizadas pelos pacientes durante a internação

Número de medicações utilizadas na internação	1981 - 1988	1989 - 1996	1997 - 2004	Total
1	9	6	10	25
2	9	16	16	41
3	3	24	11	38
4	0	12	7	19
5	0	7	6	13
6	0	2	0	2
Nenhuma	0	3	6	9
Total	21	70	56	147

FONTE: SAME-HU

Apenas 26,2% dos pacientes internados precisaram acrescentar novas medicações para o controle da artrite reumatóide. Cerca de 38,3% continuaram com as mesmas drogas e em 35,5% das internações não constavam no prontuário referências sobre as drogas utilizadas ou não definiam alguma alteração.

Em todos os períodos a maioria dos pacientes hospitalizados teve melhora do quadro clínico. Houve um aumento nas taxas de óbito dos pacientes artríticos ao longo do tempo, passando de 4,8% no primeiro período para 14,0% no terceiro (**Tabela 16**).

Tabela 16: Evolução do quadro clínico do paciente hospitalizado

Evolução do quadro clínico	1981 – 1988		1989 – 1996		1997 – 2004		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inalterado	4	19,0	9	13,0	15	27,0	28	19,0
Cura	1	4,8	9	13,0	5	9,0	15	10,2
Melhora	15	71,4	47	67,0	28	50,0	90	61,3
Óbito	1	4,8	5	7,0	8	14,0	14	9,5
Total	21	100,0	70	100,0	56	100,0	147	100,0

FONTE: SAME - HU

5 DISCUSSÃO

A artrite reumatóide tem sua importância clínica já documentada por ser uma doença reumatológica comum na população, promovendo danos articulares e extra-articulares com consequências drásticas na vida dos pacientes afetados, onerando seus familiares e a própria sociedade. A doença pode determinar a incapacitação precoce dos pacientes acometidos, gerando custos com tratamentos e aposentadorias.^{2,8,19-21}

Neste estudo, mais da metade das internações foram de pacientes que necessitaram de duas ou mais hospitalizações, o que confirma ser esta uma doença de difícil controle, freqüentemente associada à co-morbidades e inúmeras complicações. As internações também podem ser justificadas pelo uso irregular das medicações por parte dos pacientes, seja por um nível cultural no qual o paciente não entenda a posologia da medicação, pela má explicação do uso da medicação por parte do médico ou pela cultura enraizada na população, em que o uso do medicamento é interrompido abruptamente quando os sintomas melhoram, com a idéia de que se melhorou, não há mais necessidade de usar a medicação.

Em relação à faixa etária dos pacientes admitidos, observa-se que a maioria dos pacientes, de ambos os sexos, tinham entre 51 e 70 anos, com uma média de idade de 53 anos, o que já era esperado, pois os índices de acometimento da doença geralmente aumentam com a idade,²² e estudos relataram médias de idade avançadas nos pacientes com AR hospitalizados.^{2,19,23} Uma internação numa idade mais avançada pode significar não só um controle ineficiente da doença, como também o uso prolongado de medicações imunossupressoras, favorecendo o aparecimento de doenças associadas. Acredita-se ainda, que a presença de co-morbidades aumenta a severidade da doença, o que contribuiria na elevação das taxas de admissão em nosocômios.

Um fato interessante foi a inexistência de homens hospitalizados com idade entre 21 e 30 anos, já que as mulheres com a mesma faixa etária foram hospitalizadas com freqüência. Isso reflete o predomínio da doença no sexo feminino e um início mais tardio da doença no sexo masculino.

O sexo feminino é um dos fatores de risco para AR, conforme estudo de Carmona *et al.*² Nas internações hospitalares em AR deste estudo evidenciou-se o mesmo predomínio de pacientes do sexo feminino, o que está de acordo com as estatísticas mundiais.^{7,8,14,23} O

motivo pelo qual o sexo feminino predispõe a maior incidência da AR não está totalmente esclarecido, mas acredita-se que os hormônios femininos possuem efeitos imunomoduladores na proliferação celular e na liberação de citocinas, que atuam na destruição da sinóvia articular.²⁵

Neste estudo observou-se que as procedências foram as mais distintas, com um predomínio de Florianópolis e cidades vizinhas, o que era esperado. Também encontramos pacientes oriundos de vários pontos do estado, inclusive de cidades de médio e grande porte, tais como Lages e Criciúma, demonstrando ser o nosso hospital um serviço de referência para o Estado nesse tipo de atendimento.

Nos dois primeiros períodos analisados, 1981-1988 e 1989-1996, observa-se que a maioria das internações perdurou entre 6 a 10 dias, tempo que pode estar relacionado com o levado para controlar a atividade da doença reumatóide, assim como para o controle das infecções, já que estes foram os principais motivos de internação encontrados. Já no terceiro período não houve diferença importante entre uma estada de curta ou de longa duração, o que pode sugerir um aumento nas internações por co-morbidades de complexidade tal que precise de maior tempo para o controle efetivo e também de motivos, como a própria AR, que são controladas num período menor devido a medicações de maior eficácia. No estudo de Pacheco *et al.*¹⁹ os pacientes com AR ficaram, em média 14 dias hospitalizados, próximo ao encontrado neste estudo, que evidenciou, de uma maneira geral, 18 dias de internação em média.

Em relação à atividade profissional, encontramos quase metade dos pacientes citados como do lar, coincidindo com o encontrado por Carmona *et al.*² Esse dado pode inferir que a maioria da população afetada pela doença tem um baixo nível sócio-econômico, e talvez cultural, o que dificulta a compreensão da própria moléstia e a adesão ao tratamento, contribuindo para uma maior taxa de hospitalização dos mesmos. A segunda atividade encontrada foi de aposentados, o que pode indicar a deterioração funcional desses pacientes, haja vista que em 10 anos de doença metade dos pacientes param de trabalhar e 90% ficam incapacitados para o trabalho em 30 anos.²⁶

O número elevado de pacientes que já possuíam o diagnóstico de AR quando foram hospitalizados demonstra que o diagnóstico é freqüentemente feito em ambulatório, pois o início da doença costuma ser de maneira insidiosa e a maioria dos casos descobertos numa hospitalização são devidos ao surgimento agudo da AR ou a uma exacerbação da doença pré-existente e ainda não diagnosticada.

Aproximadamente um terço dos pacientes hospitalizados tinha consciência do diagnóstico entre um e cinco anos. Porém, este diagnóstico não necessariamente indica o tempo de início da doença, pois nem todos os pacientes procuraram auxílio médico no começo dos sintomas e, além disso, nem sempre o diagnóstico é feito no início da sintomatologia, podendo ser confundida com várias outras doenças com clínica semelhante.

A classe funcional é baseada nas limitações das atividades diárias dos pacientes com AR, como cuidados pessoais, capacidade para o trabalho e lazer. Em aproximadamente 30% das hospitalizações os pacientes foram classificados como sendo de classe III, inferindo em uma doença mais avançada em que o paciente já não é capaz de trabalhar e ter atividades de lazer devido à doença. Ainda, 27,2% das hospitalizações foram classificadas em classe II, onde apenas as atividades de lazer estão prejudicadas.¹⁸ Dados semelhantes foram encontrados por Sany *et al.*⁸ quando analisaram pacientes com AR na França.

Os pacientes das classes funcionais II e III foram os que tiveram maior tempo de permanência hospitalar, possivelmente devido a uma maior agressividade da doença nos mesmos e maior número de co-morbidades. O fato de os pacientes classificados como classe IV terem permanecido por menos tempo hospitalizados pode ser questionado. Contudo, estes pacientes já estão num estágio mais avançado da doença, onde são mais comuns as alterações degenerativas da doença e não a franca atividade de destruição articular.

Em quase 70% das hospitalizações os pacientes faziam tratamento com drogas anti-reumáticas no momento da admissão, sugerindo que o mesmo não estava sendo eficaz ou que o paciente não estava seguindo o tratamento de forma adequada, pois, na maioria das internações, não houve acréscimo de novas drogas e sim o ajuste das já utilizadas.

Nos três períodos analisados na pesquisa o medicamento predominantemente utilizado no momento da internação foi o corticosteróide. Mesmo com o advento de novas drogas, continua sendo uma das medicações mais utilizadas no tratamento da fase aguda da AR, ainda que tenha inúmeros efeitos adversos como osteoporose, HAS, DM entre outros.²⁷ Na Alemanha, cerca de 60% dos pacientes em tratamento para AR recebem corticosteróide sistêmico.²⁸

O segundo medicamento mais utilizado foram os AINH, utilizados para o controle da dor. Entretanto, estes não interferem na progressão da doença. Assim como os corticosteróides, os AINH causam muitos efeitos colaterais significativos, principalmente em relação a problemas gástricos, sendo estes relacionados com motivos de hospitalizações e morte.¹²

Um fato importante identificado neste estudo foi a utilização do MTX em muitos pacientes com AR a partir do segundo período. Com a descoberta do MTX e outros DMARD's na década de 80 surgiram novas expectativas em torno do controle em longo prazo da AR, pois o tratamento voltou-se para manter a doença em maior tempo de remissão, retardar a progressão da doença e, assim, melhorar a qualidade de vida do paciente. Além disso, o MTX atua melhorando a sintomatologia durante a atividade da doença, sendo atualmente considerado o medicamento padrão no tratamento da AR.²⁰

Um dado que chama a atenção é que no primeiro período predominava a monoterapia como forma de tratamento ambulatorial desses pacientes. Só a partir do segundo período analisado há evidência do uso de esquemas terapêuticos combinados, o que confirma o avanço nas descobertas fisiopatológicas da doença, indicando uma abordagem mais agressiva para combater a evolução da doença numa fase precoce, já que os primeiros dois anos da doença tendem a ser os mais problemáticos.

Dentre as manifestações da AR, as mais relatadas nos prontuários foram artralgia e edema articular, juntamente com anemia descrita nos exames laboratoriais. Estas são manifestações clássicas da AR, pois acometem as articulações, causando dor e edema, e o processo inflamatório sistêmico é responsável por uma anemia normocítica e normocrômica, também conhecida como anemia de doença crônica. A rigidez matinal, que também é um dos critérios de classificação estabelecidos pelo *American College of Rheumatology* de 1987,²⁹ foi descrita em poucas anamneses. Isto pode decorrer de uma história de abordagem pobre em detalhes sobre a AR quando o paciente foi internado em outro setor do hospital por outro motivo que não a AR, tendo enfoque apenas no problema atual, ou mesmo ao não preenchimento de dados no prontuário.

Este estudo encontrou que a principal causa de internação hospitalar nos pacientes com artrite reumatóide é a atividade da doença. A análise comparativa dos períodos também mostra que a atividade da doença como causa de internação vem progressivamente reduzindo. Acredita-se que nos últimos anos o diagnóstico da artrite reumatóide numa fase mais precoce da doença, aliado a mudanças no paradigma de tratamento, quando estes pacientes passaram a ter uma agressividade do tratamento numa fase inicial da doença, pode ter contribuído para esta tendência de redução da internação por atividade. Estudos semelhantes, como o de Collings e Highton,³⁰ revelam a atividade da doença também como o principal motivo de admissão hospitalar, e relatam um declínio significativo das internações por esse motivo, passando de 53% para 21% durante a década de 90.

O segundo motivo que mais levou à admissão hospitalar foi a infecção pulmonar considerada a maior causa de morbidade e mortalidade nos pacientes com AR.³¹ Isto pode ser devido ao uso de medicações que diminuem a imunidade do paciente, predispondo aos mais diversos tipos de infecções, tais como pneumonias, infecções urinárias, piodermites, entre outras.

Percebe-se um aumento dos casos de internação por afecções gastrointestinais do segundo para o terceiro período, mostrando que mesmo com o advento dos protetores gástricos, o uso contínuo e prolongado de medicações, principalmente os AINH e os corticosteróides, trazem consequências para o organismo do paciente, como hemorragia digestiva alta ou baixa, chegando a ponto de levá-lo à hospitalização.

Nota-se igualmente um crescimento nas admissões hospitalares por motivos cardiovasculares. Este é um dado importante, pois as doenças de origem cardiovascular ocupam o primeiro lugar nas causas de óbito na população geral no Brasil. Na AR em particular, a mortalidade global é cerca de 3 vezes maior que a população normal, a expectativa de vida é cerca de 7 a 10 anos menor, comparável inclusive aquela de pacientes com linfoma, DM e doença tri-arterial coronariana. As doenças cardiovasculares são responsáveis pela principal causa da mortalidade aumentada na AR, e a aterosclerose acelerada que ocorre nos pacientes com AR justifica a maior incidência de infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca. Em relação à aterosclerose nos pacientes com AR, os estudos demonstram que os fatores de risco clássicos para o aparecimento da aterosclerose na população normal não são suficientes para justificar a incidência aumentada desta complicação. Alguns estudos associam a aceleração da aterosclerose nos pacientes com AR aos medicamentos utilizados pelos mesmos, como os corticosteróides, o MTX e a combinação deste com a sulfassalazina, estes últimos devido ao aumento dos níveis da homocisteína, considerada fator de risco para a aterogênese.^{6,32-35}

Neste estudo foram encontradas como as principais doenças associadas à AR, respectivamente, a HAS, o DM, as cardiopatias e as pneumopatias, praticamente as mesmas co-morbidades encontradas em vários estudos.^{8,36,37} As três primeiras co-morbidades são muito influenciadas pelo uso de corticosteróide, pois este contribui para o aumento de peso, que provoca uma resistência periférica à insulina, colabora na elevação da pressão arterial, e, como citado anteriormente, acelera a aterosclerose piorando as cardiopatias já existentes. As pneumopatias se devem não só às infecções, como também ao acometimento sistêmico da AR, com fibrose e nódulos pulmonares.

Nota-se, entretanto, que no período de 1981-1988 o parasitismo intestinal e as vulvovaginites tiveram destaque, provavelmente por uma precariedade no atendimento primário dos pacientes em centros de saúde da época, a não procura de atendimento médico por esses motivos, além de um saneamento básico deficitário, colaborando para o aparecimento desses tipos de infecção.

Durante as hospitalizações destacaram-se as infecções como as principais causas de complicações dos pacientes, sendo a sepse a complicação mais grave. Na maioria dos casos o foco infeccioso teve origem pulmonar. Em seu estudo, Pacheco *et al.*¹¹ demonstraram que as infecções são causas de complicações intra-hospitalares não só na AR, mas também em outras doenças reumatológicas.¹⁹ Sabe-se que uma estada prolongada em ambiente nosocomial torna o paciente, já fragilizado, propenso a complicações, especialmente as infecciosas.

Neste estudo, em 45% das hospitalizações o FR foi positivo. O FR é uma ferramenta valiosa no diagnóstico e acompanhamento da AR, pois, além de ser um dos sete critérios de classificação do *American College of Rheumatology* de 1987,²⁹ seus níveis variam de acordo com a atividade da doença, estando mais elevados quando a moléstia está em franca atividade.¹ A ausência do FR não exclui o diagnóstico de AR, estando presente em aproximadamente 70 a 90% dos portadores de AR e podendo estar positivo em doenças como hanseníase, tuberculose, hepatite crônica, fibrose pulmonar, dentre outras.

No primeiro período analisado, o tratamento intra-hospitalar da artrite reumatóide estava voltado apenas para o controle da atividade aguda da doença, sendo a aspirina um dos medicamentos mais utilizados durante a hospitalização, hoje praticamente em desuso para este fim devido aos efeitos colaterais que promove e ao surgimento de drogas mais eficazes.

A utilização de corticosteróides em pulsoterapia cresceu e na forma oral permaneceu aumentado ao longo do tempo, mostrando ser o pivô no controle da doença ativa.

O uso do metotrexate a partir do segundo período não se restringiu apenas ao tratamento domiciliar, mas também durante a hospitalização, atuando na sintomatologia e iniciando um tratamento em longo prazo.

Os antibióticos estiveram presentes em muitos dos tratamentos intra-hospitalares, o que sugere não só às internações devido a casos infecciosos, mas também às complicações infecciosas nosocomiais.

Na maioria das hospitalizações os pacientes evoluíram com melhora do quadro clínico no momento da alta, embora este resultado venha reduzindo progressivamente ao longo dos anos analisados, coincidindo com o aumento do número de internações por outros motivos

que não a atividade da doença reumatóide, demonstrando que, muitas vezes, as co-morbidades têm um papel mais drástico na sobrevida dos pacientes do que a AR.

Um dado interessante é um aumento progressivo da mortalidade na população artrítica nos dois períodos mais recentes. Podemos questionar de que forma isso é possível, já que com o passar dos anos houve um grande avanço no tratamento, com o descobrimento dos medicamentos modificadores de doença e, recentemente, com os medicamentos biológicos, como o anti-fator de necrose tumoral (anti-TNF) e anti-interleucina 1. Talvez isto se deva ao aumento no número de diagnósticos da AR, principalmente após a revisão dos critérios de classificação já existentes em 1987, tornando mais clara e fácil a análise de cada caso clínico, mas também a maior gravidade e complexidade dos pacientes nos últimos anos necessitando internação. Os pacientes com atividade moderada ou infecção não grave têm sido tratados em nível ambulatorial, o que faz com que a população admitida na internação seja progressivamente mais grave e de pior prognóstico.

Mesmo com todo esse avanço e o tratamento mais agressivo e precoce da doença, autores questionam se as drogas não poderiam aumentar a mortalidade desses pacientes,³⁷ pois muitas delas são drogas imunossupressoras, contribuindo no aparecimento de morbidades.

Estudos evidenciam que a taxa de mortalidade está aumentando nos pacientes com AR desde 1950, e que a expectativa de vida desses pacientes é reduzida em aproximadamente 7 anos para os homens e 3 para as mulheres,¹⁴ além das manifestações sistêmicas da doença contribuírem para uma mortalidade precoce.³²

Peltomaa *et al.*³⁷ encontraram como as principais causas de óbito nos portadores de AR neoplasias malignas, doenças cardiovasculares e respiratórias, incluindo pneumonia, sepse e a própria AR. Acredita-se que a doença reumatóide seja um fator contribuinte em 20 a 50% dos casos de morte na população artrítica.

Podemos observar com este trabalho que a AR continua sendo uma doença sistêmica de grande importância, pois afeta uma considerável parte da população e que, se não diagnosticada e tratada precoce e adequadamente, gera hospitalizações que poderiam ser evitadas, além de incapacitar o paciente artrítico até um ponto em que não consiga mais exercer as suas atividades habituais, como se vestir ou alimentar-se.

6 CONCLUSÕES

1 Os principais motivos de internação dos pacientes com AR foram a atividade da doença, infecções pulmonares, afecções gastrointestinais e cardiovasculares. Entretanto, houve uma modificação dos motivos ao longo dos períodos, com diminuição do número de internações pela atividade da doença reumatóide.

2 As principais co-morbidades associadas nos pacientes artríticos foram a HAS, o DM, as cardiopatias e as pneumopatias.

3 Os medicamentos anti-reumáticos comumente utilizados no tratamento da AR intra-hospitalar foram os corticosteróides, os AINH's e o MTX.

4 A maioria dos pacientes, nos três períodos analisados, evoluíram com melhora do quadro clínico no momento da alta, embora a mortalidade nos pacientes artríticos tenha aumentado do segundo para o terceiro período.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Visser H. Early diagnosis of rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2005; 19 (1): 55-72.
2. Carmona L, Villaverde V, Hernández-García C, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology*. 2002; 41: 88-95.
3. Ciocci A, Buratti L, Coari G. Artrite reumatoide: stima della frequenza dei ricoveri e valutazione dei costi della malattia. *Reumatismo*. 2001; 53 (3): 215-222.
4. Senna ER, Barros ALP, Silva EO, Costa IF, Pereira LVB, Ciconelli RM, *et al*. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *J Rheumatol*. 2004; 31: 594-7.
5. Abdel-Nasser AM, Rasker JJ, Valkenburg HA. Epidemiological and clinical aspects relating to the variability of rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 1997; 27: 123-140.
6. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. *Harrison: Medicina Interna*. 15ªed, Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2002. p.2044
7. Khurana R, Berney SM. Clinical aspects of rheumatoid arthritis. *Pathophysiology*. 2005; 12: 153-165.
8. Sany J, Bourgeois P, Saraux A. Characteristics of patients with rheumatoid arthritis in France: a study of 1109 patients managed by hospital based rheumatologists. *Ann Rheum Dis*. 2004; 63: 1235-1240.
9. Campos S, Povedano J, García-Lopez A, Fernandez A, Pérez-Vilchez D, Albornoz J, *et al*. Características de la hospitalización em uma sección de reumatología en España. *Rev Esp Reumatol*. 1996; 23: 270-275.
10. Ward MM. Decreases in rates of hospitalizations for manifestations of severe rheumatoid arthritis, 1983-2001. *Arthritis Rheum*. 2004 April; 50 (4): 1122-1131.

11. Pineda-Tamayo R, Arcila G, Restrepo P, Anaya JM. Impact of cardiovascular illness on hospitalization costs in patients with rheumatoid arthritis, *Biomedica*. 2004 Dec; 24 (4): 366-374.
12. Fries JF, Murtagh KN, Bennett M, Zatarain E, Lingala B, Bruce B. The rise and decline of nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated gastropathy in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2004 August; 50 (4): 2433-2440.
13. Pedersen M, Klarlund M, Jacobsen S. Validity of rheumatoid arthritis diagnoses in the Danish National Patient Registry. *Eur J Epidemiol*. 2004; 19: 1097-1103.
14. Sangha O. Epidemiology of rheumatic diseases. *Rheumatology*. 2000; 39 Suppl 2: 3-12.
15. Wolfe F, Mitchell DM, Sibley JT, Fries JF, Bloch DA, Williams CA, *et al*. The mortality of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1994; 37 (4): 481-494.
16. Organização Mundial da Saúde. Manual da classificação internacional de doenças, lesões e causas de óbito; 9ª revisão, 1975. São Paulo, Centro Brasileiro para a Classificação de Doenças, 1978.
17. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10. São Paulo. EDUSP, 1994.
18. Hochberg MC, Chang RW, Dwosh I, Lindsey S, Pincus T, Wolfe F. The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1992; 35 (5): 498-502.
19. Pacheco D, Alvarez ME, Vizcarra G, Fuentealba C, Marinovic MA, Ballesteros F. Características de la hospitalización reumatológica en un hospital de nivel terciario. *Rev Med Chile* 2001; 129: 653-9.
20. Laurindo IMM, Pinheiro GRC, Ximenes AC, Bertolo MB, Xavier RM, Giorgi RDN, *et al*. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento da artrite reumatóide. *Rev Bras Reumatol*. 2002; 42; (6): 355-361.
21. Giorgi RDN, Chahade WH. O paradigma dos avanços terapêuticos na doença reumatóide/artrite reumatóide. Centro de Estudos de Reciclagem e de Investigação em Reumatologia. Serviço de Reumatologia HSPE - FMO [periódico na Internet]. 2005 Nov [acesso em 2005 Nov 2][aproximadamente 2p.]. Disponível em:
<http://cerir.org.br/revistas/dezembro2000/editorial1.htm>

22. Linos A, Worthington JW, O'Fallon WM, Kurland LT. The epidemiology of rheumatoid arthritis in Rochester, Minnesota: a study of incidence, prevalence, and mortality. *Am J Epidemiol.* 1980; 111 (1): 87-98.
23. Maiden N, Capell HA, Madhok R, Hampson R, Thomson EA. Does social disadvantage contribute to the excess mortality in rheumatoid arthritis patients? *Ann Rheum Dis.* 1999; 58: 525-529.
24. Ciconelli RM, Sato EI. Artrite reumatóide – epidemiologia e etiopatogenia. *Sinopse de Reumatologia.* 2001; 2: 27-30.
25. Cutolo M, Lahita RG. Estrogens and arthritis. *Rheum Dis North Am.* 2005; 31 (1): 19-27,vii.
26. Skare TL. Novas opções de tratamento da artrite reumatóide – parte 1. *Rev Bras Méd.* 2002; 59 (9): 652-658.
27. Pisu M, James N, Sampsel S, Saag KG. The cost of glucocorticoid-associated adverse events in rheumatoid arthritis. *Rheumatology.* 2005; 44: 781-788.
28. Thiele K, Buttgereit F, Huscher D, Zink A. Current use of glucocorticoids in patients with rheumatoid arthritis in Germany. *Arthritis Rheum.* 2005; 53 (5): 740-747.
29. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, *et al.* The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1988; 31: 315-324.
30. Collings S, Highton J. Changing patterns of hospital admissions for patients with rheumatic diseases. *N Z Med Journal.* 2002; 115 (1150): 131-2.
31. Wolfe F, Caplan L, Michaud K. Treatment for rheumatoid arthritis and risk of hospitalization for pneumonia: associations with prednisone, disease-modifying antirheumatic drugs, and anti-tumor necrosis factor therapy. *Arthritis Rheum.* 2006; 54 (2): 628-634.
32. Sonja A, Dechant, Matteson EL. Managing comorbidity risks in rheumatoid arthritis. *Cur Opinion Rheumatol.* 2004; 16: 177-170.
33. Haagsma CJ, Blom HJ, van Riel PLCM, van't Hof MA, Giesendorf BAJ, Emmerzaal DO, *et al.* Influence of sulphasalazine, methotrexate, and the combination of both on

plasma homocysteine concentrations in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 1999; 48: 79-84.

34. Gonzalez-Gay MA, Juanatey CG, Martin J. Rheumatoid arthritis: a disease associated with accelerated atherogenesis. *Semin Arthritis Rheum.* 2005; 35: 8-17.
35. Tackling ischaemic heart disease in rheumatoid arthritis. *Rheumatology.* 2003; 42: 607-613.
36. Andrianakos A, Trontzas P, Christoyannis F, Dantis P, Voudouris C, Geourgountzos A, *et al.* Prevalence of rheumatic diseases in Greece: a cross-sectional population based epidemiological study. The ESORDIG study. *J Rheumatol.* 2003; 30: 1589-601.
37. Peltomaa R, Paimela L, Kautiainen H, Leirisalo-Repo M. Mortality in patients with rheumatoid arthritis treated actively from the time of diagnosis. *Ann Rheum Dis.* 2002; 61: 889-894.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para Trabalhos de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de novembro de dois mil e cinco.

ANEXO I

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DA ARTRITE REUMATÓIDE

Critérios de classificação da AR segundo o *American College of Rheumatology* (ACR-1987)

Critério	Definição
1. Rigidez matinal	Rigidez articular durando pelo menos 1 hora
2. Artrite de 3 ou mais áreas	Pelo menos 3 áreas articulares com edema de partes moles ou derrame articular observado pelo médico
3. Artrite de articulações das mãos	Punho, interfalangeanas proximais e metacarpofalangeanas
4. Artrite simétrica	Envolvimento simultâneo das mesmas áreas articulares ou ambos os lados do corpo
5. Nódulos reumatóides	Nódulos subcutâneos, localizados em proeminências ósseas, áreas extensoras, ou em áreas justaarticulares, observados pelo médico
6. Fator reumatóide sérico	Demonstração de resultados anormais de FR
7. Alterações radiográficas	Erosões ou descalcificações localizadas em radiografias de mãos e punhos

FONTE: Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism* 1988; 31: 315-324.

*Os critérios de 1 a 4 devem estar presentes por pelo menos 6 semanas.

*Quatro dos sete critérios são necessários para classificar um paciente como portador de artrite reumatóide.

*Pacientes com dois ou três critérios não são excluídos.

ANEXO II
CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL EM ARTRITE
REUMATÓIDE

Critérios revisados do *American College of Rheumatology* para a classificação funcional em artrite reumatóide

Classe funcional	Definição
I	Capacidade completa para realizar atividades comuns da vida diária (cuidado pessoal, trabalho e lazer)
II	Capacidade para realizar cuidados pessoais e trabalho, mas limitação para atividades de lazer e esportes
III	Capacidade para realizar cuidados pessoais, mas limitação para trabalho e lazer
IV	Limitação para todas as atividades usuais, inclusive cuidados pessoais e alimentação

FONTE: Hochberg MC, Chang RW, Dwosh I, Lindsey S, Pincus T, Wolfe F. The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status in rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism* 1992; 35 (5): 498-502.

*Atividades comuns da vida diária como cuidados pessoais incluem vestir-se, alimentar-se, tomar banho, arrumar-se. Lazer (recreação e/ou ócio), e trabalho (serviço, escola).

APÊNDICE

PROTOCOLO DE PESQUISA

Nome: _____ Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () F () M
Procedência: _____ Escolaridade: _____
Data da internação: __/__/____ Data da alta: __/__/____ Duração da internação: ____ dias
Profissão: _____ Data nasc: __/__/____

1) Diagnóstico de AR prévio à internação? () S () N

2) Tempo do diagnóstico da AR: _____

3) Classe funcional da AR: () I () II () III () IV

4) Em tratamento da AR no momento da internação? () S () N

5) Medicamentos usados no momento da internação:

() AINEs () Corticóide () Cloroquina () Hidroxicloroquina () Sulfasalazina
() Metotrexate () Leflunomide () Azatioprina () Ciclosporina
() Outros: _____

6) Manifestações da AR presentes:

() Artralgia	() Edema articular	() Rigidez matinal
() Episclerite	() Anemia	() Eosinofilia
() Pericardite	() Derrame Pleural	() Nódulos Pulmonares
() Vasculite	() Nódulos reumatóides	() Neutropenia
() Fibrose pulmonar	() Vasculite pulmonar	() Esplenomegalia
() Linfadenopatia	() Neuropatia periférica	() Mononeurite
() Síndrome Túnel do Carpo	() Fraqueza muscular	() Atrofia muscular
() Proteinúria	() Outros: _____	

7) Motivo (s) da internação: _____

() Atividade da doença	() Complicações cardiovasculares	() Infecção
() Diabetes melito	() Complicações cerebrovasculares	() Neoplasia
() Insuficiência renal	() Complicações gastrointestinais	() Cirurgia
() Outros: _____		

8) Diagnóstico da internação: _____

9) Presença de comorbidades não relacionadas à internação: () S () N

10) Qual(is) comorbidades? _____

11) Complicações durante a internação: _____

12) VHS: _____

13) Proteína C Reativa: _____

14) FR: _____

15) Tratamento utilizado na internação: _____

() AINEs () Corticóide () Cloroquina () Hidroxicloroquina () Sulfasalazina
() Metotrexate () Leflunomide () Azatioprina () Ciclosporina () Antibióticos
() Outros: _____

16) Modificação do esquema de tratamento utilizado anteriormente? () S () N

17) Evolução: () Inalterado () Cura () Melhora () Óbito